

DOI: 10.26442/2075-082X_14.2.29-34

Оценка качества обследования больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения (по данным российского Регистра артериальной гипертензии)

Е.В.Ощепкова, Н.В.Лазарева[✉], И.Е.Чазова

Институт клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России. 121552, Россия, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а

[✉]n.lazareva@list.ru

Цель исследования – оценка качества обследования больных артериальной гипертензией (АГ), проводимая врачами амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения. **Материалы и методы.** Исследование проведено методом регистра АГ (компьютерная программа с удаленным доступом, медицинские данные вводились из амбулаторных карт больных АГ). Проанализирована выборка, состоящая из 29 126 больных АГ, наблюдаемых в поликлиниках и кардиодиспансерах 22 регионов Российской Федерации в 2010–2014 гг. Мужчин было 35%, женщины были старше на 3,7 года (60,9±12,5 и 64,6±12,0 года соответственно, $p<0,05$). После трудоспособного возраста мужчин (60 лет и старше) и женщин (55 лет и старше) было 60 и 78% соответственно.

Результаты. У 43% больных была 1-я степень АГ, 12% – 2-я, 3% – 3-я. У 38% больных уровень артериального давления ниже 140/90 мм рт. ст., у 4% отсутствовали показатели артериального давления в амбулаторных картах, 80% пациентов находились на антигипертензивной терапии.

Анализ обследования больных АГ выявил, что у 63% уточнялся семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, статус курения – у 78,1%, опрошены 45% пациентов в отношении употребления алкоголя, опрос об уровне физической активности проводился у 83,8%, окружность талии измерена у 26,4%. Измерение роста и массы тела проводилось у 46,5% больных АГ. Общий холестерин определялся у 86,4%, холестерин липопротеидов высокой плотности – 25,5%, триглицериды – 38,6%, глюкоза плазмы натощак – 85,3%, креатинин – 58,7%. Электрокардиография проводилась у 100% больных, эхокардиография – 28,9%, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий – в 1% случаев. У мужчин с АГ достоверно чаще диагностирована хроническая сердечная недостаточность (44,4%), ишемическая болезнь сердца (45,6%) и Q-инфаркт миокарда (20,5%); у женщин с АГ – хроническая сердечная недостаточность (35,2%), ишемическая болезнь сердца (26,7%) и Q-инфаркт миокарда (5,5%). Сахарный диабет типа 2 диагностирован у 12,1% мужчин и 17,8% женщин с АГ.

Выводы. Исследование методом регистра выборки больных АГ, наблюдающихся в первичном звене здравоохранения в 2010–2014 гг., показало неоптимальное обследование больных АГ и недостаточное выполнение Российских рекомендаций «Диагностика и лечение артериальной гипертензии». Необходима дальнейшая работа по обучению врачей – терапевтов, общей практики, семейных и кардиологов методам диагностики и лечения больных АГ в соответствии с Российскими рекомендациями по АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, Регистр артериальной гипертензии, диагностика.

Для цитирования: Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Чазова И.Е. Оценка качества обследования больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения (по данным российского Регистра артериальной гипертензии). Системные гипертензии. 2017; 14 (2): 29–34. DOI: 10.26442/2075-082X_14.2.29-34

Quality assessment of examination of patients with arterial hypertension in primary health care (according to the Russian arterial hypertension register data)

[Original article]

E.V.Oshchepkova, N.V. Lazareva[✉], I.E.Chazova

National Medical Research Center for Cardiology of the Ministry of Health of the Russian Federation.

121552, Russian Federation, Moscow, ul. 3-ia Cherepkovskaia, d. 15a

[✉]n.lazareva@list.ru

For citation: Oshchepkova E.V., Lazareva N.V., Chazova I.E. Quality assessment of examination of patients with arterial hypertension in primary health care (according to the Russian arterial hypertension register data). Systemic Hypertension. 2017; 14 (2): 29–34.

DOI: 10.26442/2075-082X_14.2.29-34

Abstract

Objective: to assess the quality of examination of patients with arterial hypertension in primary health care.

Materials and methods. The study was carried out with the Arterial Hypertension Register method (a software with remote access, medical data inputs were made from medical records of patients with AH). The study included a selection of 29 126 patients with AH under care in primary health care in 22 regions of Russia in 2010–2014. 35% were males, females were older by 3.7 years (60.9±12.5 years and 64.6±12.0 years respectively, $p<0.05$).

Results. 1 stage AH was observed in 43% of patients; 2 stage – in 12%; 3 stage – in 3%. BP<140/90 mm Hg was registered in 38% of patients. 80% of patients were under antihypertensive therapy. 4% of patients with AH lacked BP data in their medical records. Analysis of examinations of patients with AH showed that 63% of patients had data on family medical history of cardiovascular diseases in their medical cards; 78.1% – data on smoking status; 45% – on alcohol consumption; 83.8% – on physical activity level; 26.4% – on waist circumference; 46.5% – on height and bodyweight. Total cholesterol was identified in 86.4%, HDL cholesterol – in 25.5%, triglycerides – in 38.6%, glucose – in 85.3% and creatinine in 58.7% of patients with AH. ECG examination was done on 100% of patients, echo-cardiography – on 28.9%, duplex screening of brachiocephalic arteries – on 1% of patients with AH. Chronic heart failure (44.4%), coronary artery disease (45.6%) and Q-wave myocardial infarction in anamnesis (20.5%) were statistically more frequently observed in males. In females CHF was observed in 35.2% of patients, CAD – in 26.7% and Q-wave MI in anamnesis – in 5.5% of pts. II type diabetes mellitus was observed in 12.1% of males and in 17.8% of females with AH.

Conclusion. The Register method study on a selection of patients with AH under care in primary health care in 2010–2014 shows that their examination with regard to medical history taking, cardiovascular risk factors and target organ damage assessment in patients with AH is nonoptimal. Further efforts are needed to educate physician primary care physician, family doctors and cardiologists on the methods of diagnostics and treatment of patients with AH according to the Russian guidelines on AH.

Key words: arterial hypertension, arterial hypertension register, target organ damage, cardiovascular risk factors.

По данным Всемирной организации здравоохранения, артериальная гипертензия (АГ) является одним из ведущих факторов, определяющих высокую смертность населения в экономически развитых странах мира [1].

Многочисленные исследования, проведенные в том числе и специалистами Всесоюзного кардиологического научного центра РАМН в 1980-х годах, показали, что АГ является причиной развития тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта мио-

карда (ИМ), сердечной недостаточности, а также цереброваскулярных заболеваний – ЦВЗ (инсульт) [3–6].

У больных АГ в 3–4 раза чаще развивается ИБС и в 7 раз чаще – инсульт. Анализ причин развития ССЗ и ЦВЗ показал, что у 69% больных, перенесших ИМ, 77% – сердечную недостаточность и 77% – инсульт в анамнезе была неконтролируемая АГ [7].

Риск смерти от ССЗ удваивается на каждое повышение систолического артериального давления (САД), равного 20 мм

рт. ст., и диастолического артериального давления (ДАД), равного 10 мм рт. ст., начиная с уровня 135/85 мм рт. ст.

В настоящее время распространенность АГ в РФ сохраняется высокой. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в России в конце прошлого столетия, распространенность АГ составила 39,9% у мужчин и 41,1% у женщин, а более позднее эпидемиологическое исследование ЭССЕ-РФ (Эпидемиология Сердечно-Сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации) выявило, что распространенность АГ в 2012 г. не снизилась, а даже несколько увеличилась, составляя в среднем 43,5% [8–10].

Распространенность АГ в США по данным исследования NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) в 2009–2012 гг. составила 32,6%, но следует отметить, что нижняя возрастная граница включенных лиц в данное исследование была 20 лет, а в исследовании ЭССЕ-РФ – 25 лет [11]. Распространенность АГ среди населения шести европейских стран (Великобритания, Финляндия, Германия, Италия, Испания, Швеция) составила в среднем 44,2%, наиболее высокая распространенность АГ отмечена в Германии (55,0%), Финляндии (49,0%) и Испании (47,0%) [12]. Интересные данные получены в исследовании М.Рейра и соавт., в котором было показано, что распространенность АГ среди мужчин в развивающихся странах составила 32,2%, а в экономически развитых странах мира – 40,8% [13].

Учитывая высокую распространенность АГ в нашей стране и ее роль в развитии осложнений, большое значение имеет организация медицинской помощи больным АГ, включающая выявление на ранних стадиях заболевания, адекватную оценку врачами степени сердечно-сосудистого риска (ССР) и назначение немедикаментозного и медикаментозного лечения. Современная тактика ведения больных АГ представлена в Российских рекомендациях по диагностике и лечению больных АГ, разработанных ведущими кардиологами под эгидой Российского медицинского общества артериальной гипертензии в 2013 г. с учетом европейских рекомендаций (2013 г.). В Российских рекомендациях описан порядок стратификации ССР на основании факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней, наличия ССЗ и ЦВЗ. Принцип стратификации ССР, алгоритм диагностики и подходы к лечению были разработаны в ходе многих рандомизированных клинических исследований [14, 15].

В системе здравоохранения РФ, так же как и в других странах, диагностика и лечение больных АГ проводится в основном врачами амбулаторно-поликлинического звена (участковые врачи-терапевты, врачи общей практики, врачи-кардиологи).

В доступной литературе за последние годы отсутствуют работы, посвященные оценке степени выполнения врачами Рекомендаций при обследовании и лечении больных АГ.

Целью данного исследования была оценка качества обследования больных АГ, проводимая врачами амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения.

Материалы и методы

Исследование проводилось методом регистра АГ, который представляет собой компьютерную программу с удаленным доступом, позволяющим в режиме онлайн осуществлять сбор медицинских данных из медицинских организаций. Для минимизации операторских ошибок до начала работы Регистра АГ было проведено обучение врачей его ведению, разработано руководство пользователя и определены права пользователей. Данные обследования и лечения больных в возрасте от 18 лет с установленным диагнозом АГ вносились из амбулаторных карт (форма №025/у) в карту Регистра АГ. Детальная характеристика работы Регистра АГ описана ранее [16]. В соответствии с федеральными законами от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» информация поступает на сервер ФГБУ РКНПК в обезличенном

виде по сертифицированному выделенному каналу безопасности. Больные подписывают информированное согласие на внесение их медицинских данных в Регистр АГ.

Регистр АГ функционирует с 2005 г. до настоящего времени. В формировании его базы данных приняли участие 53 городских поликлиники и 5 кардиологических диспансеров с амбулаторным приемом из 22 субъектов РФ, выбранных случайным образом после обращения организаторов Регистра.

В работе проанализированы данные 29 126 больных АГ, включенных в Регистр с 1 января 2010 г. по 1 января 2015 г., прошедших обследование и лечение в поликлиниках и кардиодиспансерах. Среди анализируемой выборки было 10 339 (35,5%) мужчин с АГ и 18 787 (64,5%) женщин с АГ, средний возраст которых составил $62,7 \pm 12,5$ года.

В карту Регистра АГ вносились данные общеклинического обследования, семейного анамнеза ранних ССЗ, жалоб, длительности и течения АГ, физического обследования (рост, масса тела, окружность талии – ОТ, частота сердечных сокращений, уровень САД и ДАД, а также данные инструментальных: электрокардиография – ЭКГ, эхокардиография – ЭхоКГ, дуплексное сканирование магистральных артерий головы, рентгенография органов грудной клетки – и лабораторных методов обследования: клинические и биохимические анализы крови и общий анализ мочи). Кроме того, вносились данные о немедикаментозном и медикаментозном лечении.

При анализе данных Регистра АГ особое внимание нами уделялось наличию показателей, оценивающих степень ССР, что принципиальным образом влияет на выбор тактики лечения больного. К таким данным, согласно Рекомендациям, относятся: отягощенный семейный анамнез ранних ССЗ, курение, ОТ (у женщин – 88 см и более, у мужчин – 102 см и более), индекс массы тела (ИМТ), необходимый для оценки степени ожирения (норма $ИМТ \leq 25$ кг/м²); возраст; содержание креатинина и липидов в плазме крови; наличие микро- и макроальбуминурии, а также показатели ЭхоКГ (индекс массы миокарда левого желудочка); наличие ИБС, ЦВБ, сахарного диабета (СД) типа 2, атеросклероза периферических артерий. Наличие или отсутствие этих данных в амбулаторных картах больных АГ свидетельствовало о степени выполнения Рекомендаций.

Доказательность постановки диагноза ИБС у больных АГ в амбулаторных условиях вызывала определенные сомнения, в связи с чем в анализ были включены пациенты только с перенесенным ИМ по ЭКГ-критериям (Q-ИМ).

Наличие хронической болезни почек (ХБП) и ее стадии оценивались по скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на основании содержания креатинина в плазме крови с использованием формулы MDRD (Modification of Dietin Renal Disease) в мл/мин/1,73 м². ХБП I стадии (повреждение почек с нормальной или повышенной СКФ) соответствует 90 мл/мин/1,73 м² и более; II стадия (повреждение почек с легким снижением СКФ) – 60–89 мл/мин/1,73 м²; III стадия (умеренное снижение) – 30–59 мл/мин/1,73 м²; IV стадия (выраженное снижение СКФ) – 15–29 мл/мин/1,73 м²; V стадия (почечная недостаточность) – СКФ < 15 мл/мин/1,73 м² [14, 17].

Согласно Рекомендациям ХБП III стадии является одним из критериев поражения органов-мишеней, и наличие этого фактора стратифицирует больного как высокого при АГ 1–2-й степени или очень высокого ССР при АГ 3-й степени, а наличие у пациента ХБП ≥ IV стадии стратифицирует как очень высокого ССР независимо от степени повышения АГ [14].

Методом оценки состояния артерий является дуплексное сканирование, которое позволяет выявлять утолщение стенки сонных артерий (норма толщины комплекса интима–медиа 0,9 мм и менее) и/или наличие атеросклеротических бляшек в брахиоцефальных/подвздошно-бедренных артериях.

Оценка степени выполнения врачами Рекомендаций проводилась путем сопоставления реально выполненных обследований у больных АГ с Рекомендациями.

Статистика

Анализ данных проводился с помощью пакета статистических программ Statistica 10. Непрерывные переменные в зависимости от типа распределения представлены как среднее \pm стандартное отклонение (STD) или как медиана \pm интерквартильный размах. Для анализа таблиц сопряженности $n \times m$, где ($n > 2$, $m > 2$) применялся критерий χ^2 Пирсона или двусторонний точный критерий Фишера в зависимости от размера сравниваемых выборок. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В исследованной выборке больных АГ женщин было на 29% больше ($n=18\,787$), чем мужчин ($n=10\,339$). Мужчины были моложе женщин в среднем на 3,7 года ($60,9 \pm 12,5$ и $64,6 \pm 12,0$ года соответственно, $p < 0,05$). После трудоспособного возраста мужчин (60 лет и старше) и женщин (55 лет и старше) было 60 и 78% соответственно. Большинство больных проживали в городской местности (85,4%). Факт меньшего обращения мужчин за медицинской помощью является неблагоприятным, поскольку мужской пол – ФР ССЗ [14]. По данным Росстата, начиная с 40–45-летнего возраста доля умерших мужчин от ИМ значительно возрастает и в 11 раз превышает смертность женщин в трудоспособном возрасте [17].

Распределение уровня клинического САД и ДАД представлено на рис. 1.

Наблюдается равномерное распределение уровня САД, медиана которого составила 140 [130; 150] мм рт. ст. Уровень ДАД у 48% больных АГ был в пределах 80–90 мм рт. ст., медиана составила 80 [80; 90] мм рт. ст.

Проведен анализ степени выраженности АГ. У 43% больных была 1-я степень АГ, у 12% – 2-я и 3% – 3-я. У 38% уровень АД был ниже 140/90 мм рт. ст. У 4% больных не было данных об уровне АД в амбулаторных картах, однако в диагнозе была обозначена гипертоническая болезнь. Следует отметить, что у 80% больных АГ проводилось лечение.

Данные обследования больных АГ приведены в табл. 1. Результаты представлены в абсолютных значениях и доли больных АГ (в процентах), у которых проведено обследование по представленным в таблице показателям.

Доля больных АГ, у которых по данным амбулаторных карт при опросе уточнялся статус курения, составила 78,1%, из них 48% ($n=10\,988$) продолжали курить (44% мужчин и 4% женщин). Курение – один из факторов, на основании которого

Рис. 1. Распределение уровня клинического САД и ДАД в выборке больных АГ.

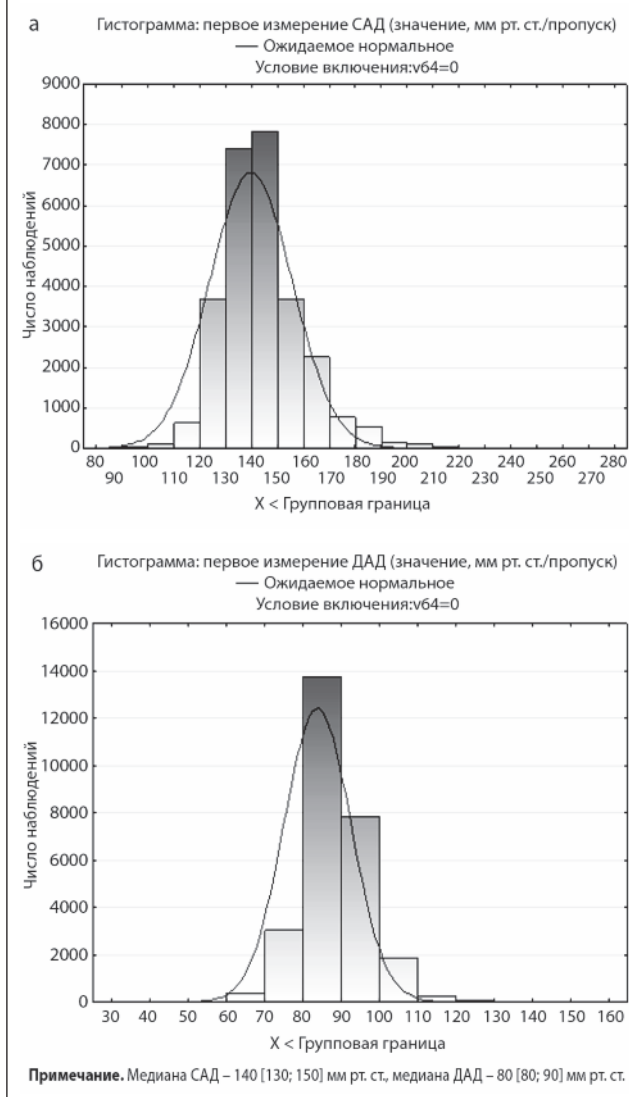


Таблица 1. Доля больных АГ, в амбулаторных картах которых были представлены данные обследования

Показатель	%	Абс.
Статус курения	78,1	22 747
Употребление алкоголя	45	13 130
Уровень физической активности	83,8	24 426
Семейный анамнез ранних ССЗ	63	18 365
ОТ	26,4	7715
Индекс массы тела	46,5	13 544
ОХС	86,4	25 166
ХС ЛПНП	25,5	6349
ХС ЛПВП	25,5	6349
Триглицериды	38,6	11 243
Глюкоза плазмы натощак	85,3	24 844
Креатинин	58,7	17 097
Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий	1	291
ЭКГ	100	29 126
ЭхоКГ	28,9	8417

проводится стратификация степени ССР у больных АГ, так как доказано, что курение является независимым ФР развития ИБС и атеросклероза периферических артерий [14, 19].

В отношении употребления алкоголя врачами были опрошены 45% больных, из них 15,3% (n=2009) употребляли алкоголь чрезмерно (11,6% мужчин и 3,6% женщин). В исследовании EUROPREVIEW было показано, что алкоголь чрезмерно употребляли 24% мужчин и 9% женщин в возрасте 40–64 лет, наблюдающихся в первичном звене здравоохранения по поводу АГ [20, 21]. Как в одномоментных, так и в проспективных исследованиях выявлена положительная связь между потреблением алкоголя и уровнем артериального давления (АД). Влияние приема алкоголя на повышение АД не зависело от ожирения, курения, физической активности, пола и возраста [1].

Врачами проводился опрос об уровне физической активности у 83,8% больных АГ, низкий ее уровень отмечен у 31,9%, среди которых 10,6% (n=2601) было мужчин и 21,3% (n=5199) женщин. Эти данные согласуются с данными бразильского исследования Basic Health Unit with in the Family Health Strategy, в котором низкий уровень физической активности выявлен у 32,6% больных АГ [22].

У 63% больных АГ врачами уточнялся семейный анамнез ССЗ, среди которых у 87% (n=15 937) был отягощенный анамнез ранних ССЗ.

Доля больных, у которых была измерена ОТ, составила 26,4%, из них у 44,2% ОТ была больше нормальных значений. Измерение ОТ является простой, но важной процедурой, так как эта величина – один из критериев метаболического синдрома [23–25].

Измерение роста и массы тела проводилось у 46,5% больных АГ. На основании данных по этим параметрам был рассчитан ИМТ, данные представлены на рис. 2. Избыточная масса тела выявлена у 47,1% мужчин и 41,7% женщин. У 28,8% мужчин и 42,6% женщин было ожирение разной степени выраженности. У женщин ожирение наблюдалось чаще ($p<0,05$). У 24 и 15,5% мужчин и женщин соответственно была нормальная масса тела. Следует подчеркнуть, что впервые в 2013 г. в Рекомендации был введен показатель «ожирение» в раздел ФР, используемых для стратификации ССР. Как показали исследования, ожирение является независимым ФР ССЗ [14, 15].

Доля больных АГ, у которых определялся общий холестерин (ОХС), составила 86,4%, средний уровень его был равен $5,34\pm 1,1$ ммоль/л. Гиперхолестеринемия ($>4,9$ ммоль/л) выявлена у 64% (n=16 179) больных АГ. Определение холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) с расчетом ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) проводилось в 3,9 раза реже, чем определение ОХС. ХС ЛПВП определен у 25,5% больных. Следует отметить, что на момент обследования 35,5% мужчин и 11,7% женщин принимали статины.

Оценка атерогенного класса ХС ЛПНП необходима для определения общего ССР, назначения гиполипидемической терапии и контроля за ее эффективностью [14, 26]. Согласно Рекомендациям этот показатель входит в перечень обязательных лабораторных исследований у больных АГ, но в обследуемой выборке больных АГ мы выявили крайне недостаточное его определение.

Данные об уровне глюкозы плазмы натощак в амбулаторных картах были у 85,3% больных АГ, при этом повышенные значения – у 20,2% (n=5057). Средний уровень глюкозы в плазме крови натощак в целом по выборке больных АГ составил $5,3\pm 1,4$ ммоль/л. Нарушение толерантности к глюкозе в данной работе не оценивалось ввиду малого количества представленных данных.

АГ является важнейшим ФР развития и прогрессирования ХБП, адекватный контроль АД замедляет ее развитие. ХБП остается важным независимым ФР развития и прогрессирования ССЗ [27].

В исследуемой выборке больных АГ только у 58,7% определялся креатинин, средний его уровень составил $86,5\pm 15,9$ мкмоль/л. Нами была проведена оценка функции

Рис. 2. Индекс массы тела у больных АГ.

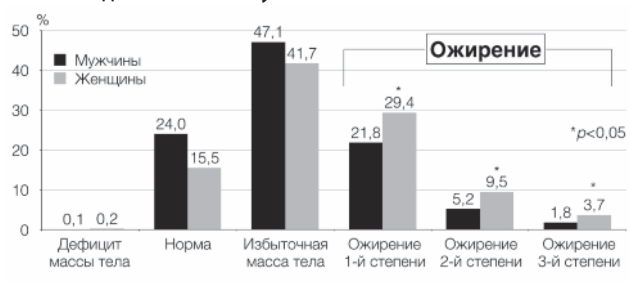
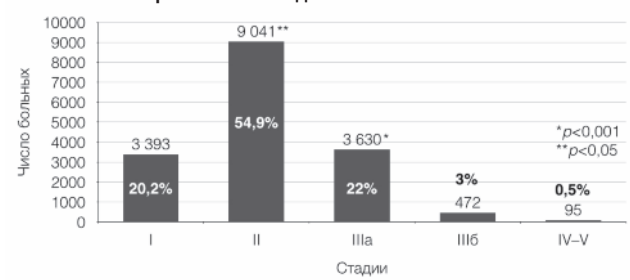


Рис. 3. Частота различных стадий ХБП.



почек по СКФ (рис. 3). Нормальная функция почек наблюдалась у 20,2% больных; незначительно сниженная (ХБП II стадии) – у 54,9%; умеренно сниженная (IIIa стадия) и существенно сниженная (IIIb стадия) – у 25% и резко сниженная функция почек (IV стадия) – у 0,5% больных АГ. Следует отметить, что в диагнозах больных АГ в большинстве амбулаторных карт наличие ХБП III стадии отмечено не было.

Полученные данные о преобладании у больных АГ незначительно и умеренно сниженной функции почек согласуются с данными эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, в котором у лиц с АГ распространенность ХБП II стадии составила 34,8% [28]. По данным L. da Silva и соавт., частота ХБП II стадии и ХБП III–IV стадии составила 57,3 и 38,6% соответственно у больных АГ, наблюдающихся в первичном звене здравоохранения Бразилии. Авторами подтверждены статистически значимые связи ХБП с возрастом, уровнем образования, потреблением алкоголя, избыточной массой тела, высоким ССР, а также повышенным уровнем креатинина и наличием микроальбуминурии [29]. По данным исследования NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) в США за период с 1999 по 2004 г. распространенность ХБП I–IV стадии выявлена у 13,1% лиц и наиболее часто у больных АГ, что подтверждает роль АГ в поражении почек и свидетельствует о необходимости более тщательного обследования функции почек у больных АГ [29]. Исследование ЭССЕ-РФ показало, что большое число лиц с АГ и сниженной СКФ не получают антигипертензивной терапии, а у больных АГ со сниженной функцией почек, которым проводилось лечение, не достигался целевой уровень АД [28]. Недостаточный контроль АД приводит к дальнейшему ухудшению функции почек. При недостаточном контроле АД снижение СКФ может достигать 13% в год [31–33].

Регистрация ЭКГ выполнена у всех больных АГ. ЭхоКГ проводилась только у 28,9% пациентов, но количественные данные о наличии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) – еще у меньшего числа больных. Крайне редко проводилось дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (в 1% случаев).

ЭхоКГ является «золотым стандартом» в оценке ГЛЖ – независимого прогностически неблагоприятного ФР развития ССЗ [34]. При отсутствии возможности проведения ЭхоКГ для оценки наличия ГЛЖ целесообразно использовать критерии ГЛЖ по данным ЭКГ Соколова–Лайона и/или Корнельского показателя либо Корнельского произведения. У больных с избыточной массой тела и ожирением вольгажные признаки Соколова–Лайона, как показали наши ранние исследования,

нивелируются жировой прослойкой грудной клетки и не могут быть достаточно информативными для оценки ГЛЖ. Наиболее информативным ЭКГ-показателем ГЛЖ у больных с избыточной массой тела и ожирением является Корнельское произведение, учитывающее вольтажные показатели и продолжительность QRS [35]. Расчет ЭКГ-критериев ГЛЖ в данной работе не проводился.

Полученные нами данные о недостаточном лабораторно-инструментальном обследовании больных, наблюдающихся в поликлиниках, согласуются с данными С.А.Бойцова и соавт. В проведенном ими исследовании была выявлена низкая частота направления больных на углубленное обследование. При наличии показаний к проведению дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий врачами было направлено не более 10% пациентов [36].

Следует сказать, что такие показатели, как пульсовое АД, утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий, скорость пульсовой волны, лодыжечно-плечевой индекс САД, практически отсутствовали в амбулаторных картах больных.

СД типа 2 диагностирован у 12,1% мужчин и 17,8% женщин с АГ. Последние чаще страдали СД ($p < 0,004$).

На рис. 4 представлена частота ССЗ и ЦВЗ, диагностированных у больных АГ.

У мужчин с АГ достоверно чаще диагностированы хроническая сердечная недостаточность – ХСН (44,4%), ИБС (45,6%) и Q-ИМ (20,5%); у женщин с АГ – ХСН (35,2%), ИБС (26,7%) и Q-ИМ (5,5%).

Обращает на себя внимание высокая частота ХСН как у мужчин, так и женщин с АГ. Ранее проведенная нами оценка качества диагностики больных с ХСН методом регистра ХСН показала, что в поликлиниках этот диагноз зачастую выставляется без должных доказательств, как правило, на основании клинических симптомов (одышка, отеки стоп и лодыжек), а мозговой натрийуретический пептид – стандарт в диагностике ХСН, особенно на ранних стадиях, определялся только у 2% больных с ХСН [37].

Далее нами проведена оценка степени ССР у исследуемых больных АГ на основании уровня АД, наличия ФР, СД, ССЗ, ЦВЗ и ХБП III–IV стадии (рис. 5). Анализ показал, что 56% больных АГ ($n=15\ 712$) относится к очень высокому, 38% ($n=10\ 590$) – высокому, 2% ($n=460$) – среднему и 4% ($n=1084$) – низкому ССР.

Далее был проведен сравнительный анализ качества обследования больных АГ за 2 периода времени: 2010–2012 и 2013–2014 гг. Данные представлены в табл. 2. Отмечается положительная динамика в обследовании больных АГ в 2013–2014 гг. по сравнению с более ранним периодом. Так, измерение ОТ проводилось у 32% больных; выполнение ЭхоКГ – у 36%; определение ОХС – у 93%, ХС ЛПВП – у 28%, триглицериды – у 42% и уровня креатинина – у 61% пациентов с АГ. Следует констатировать, что сохраняется недостаточная полнота обследования больных АГ в 2013–2014 гг.

Несмотря на ограниченное время, отведенное врачу на осмотр больного АГ, выяснение жалоб, сбор анамнеза и опрос о вредных привычках, оценка клинического статуса, измерение АД, частоты сердечных сокращений, ОТ и массы тела поз-

воляют уже при первоначальном осмотре стратифицировать пациента как высокого и/или очень высокого ССР на основании таких показателей, как мужской пол, семейный анамнез ранних ССЗ, возраст (для мужчин 55 лет и старше, для женщин 65 лет и старше), курение, абдоминальное ожирение и/или ожирение. Последующее лабораторно-инструментальное обследование дополняет представление об особенностях клинического статуса больного и позволяет врачу оптимизировать лечение.

Заключение

Исследование методом регистра выборки больных АГ, наблюдаемых в первичном звене здравоохранения в 2010–2014 гг., показало неоптимальное обследование данной категории пациентов и недостаточное выполнение Российских рекомендаций «Диагностика и лечение артериальной гипертензии». Мало выполняются инструментальные методы обследования: ЭхоКГ для оценки ГЛЖ, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с целью выявления утолщения комплекса интима-медиа и атеросклеротических бляшек. Неудовлетворительно оценивается функция почек – редко определяется уровень креатинина, проводится расчет СКФ. Недостаточно часто определяет-

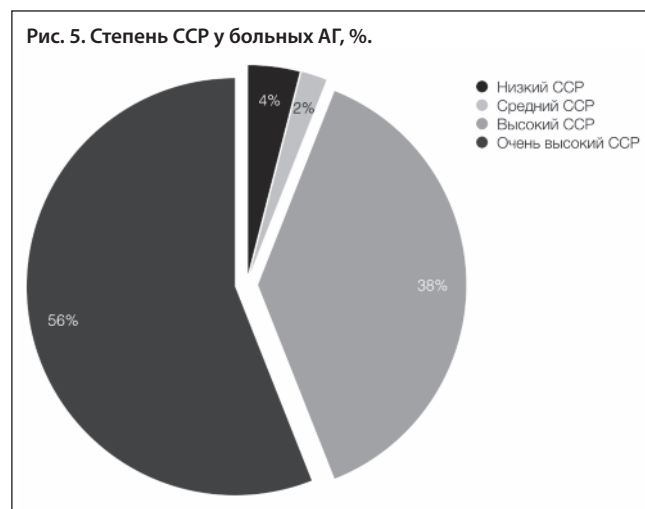
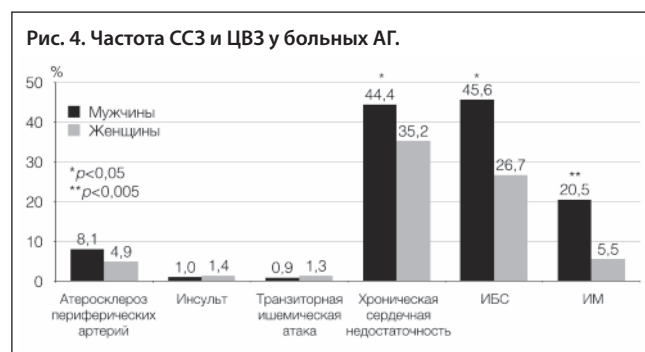


Таблица 2. Абсолютное число и доля больных АГ, в амбулаторных картах которых были данные обследования в 2010–2012 и 2013–2014 гг.

	2010–2012 гг. (n=14 469)	%	2013–2014 гг. (n=14 657)	%
ОТ	2865	19	4720	32
ЭхоКГ	2850	19,6	5291	36
ОХС	12 497	85	13 550	93
ХС ЛПВП	1809	12,5	4119	28
ХС ЛПНП	1809	12,5	4119	28
Триглицериды	4862	33,6	6097	42
Креатинин	6381	44	8955	61

ся ХС ЛПНП, что не позволяет врачу адекватно оценивать эффективность гипохлипидемической терапии.

Преобладающая доля больных АГ (94%), наблюдаемых в первичном звене здравоохранения, относится к высокому и очень высокому ССР.

В 2013–2014 гг. улучшилось качество обследования больных АГ в первичном звене здравоохранения, что, по-видимому, об-

условлено повышением информированности врачей первичного звена о Рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии.

Необходима дальнейшая работа по обучению врачей – терапевтов, общей практики, семейных и кардиологов методам диагностики и лечения больных АГ в соответствии с Российскими рекомендациями по АГ.

Литература/References

- World Health Organization. World Health Statistics Annual. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998.
- Bor'ba s arterial'noi gipertoniei. Prevention of hypertension. Doklad Komiteta ekspertov VOZ. Vse-mirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Report of WHO Expert Committee. World Health Organization Geneva, 1996.
- Chazov E.I. Rukovodstvo po arterial'noi gipertonii. Guidelines for hypertension. Moscow; Media-Medika, 2005.
- Chazova I.E., Oshchepkova E.V., Chikhladze N.M. Arterial'naya gipertoniya (printsipy diagnostiki i lecheniya). Arterial hypertension (principles of diagnosis and treatment). Moscow, 2005.
- Britov A.N., Oganov R.G. The national program to combat arterial hypertension in the USSR. Therapeutic archive. 1985; 11: 67.
- Оганов Р.Г., Чазова Л.В., Бритов А.Н. Кардиологич. вестн. 1986; 9 (1): 11. / Oganov R.G., Chazova L.V., Britov A.N. Kardiologich. vestn. 1986; 9 (1): 11. [in Russian]
- Heart disease and Stroke statistics – 2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2012; 125: 2–220.
- Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. и др. Распространенность ФР сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией. Кардиология. 2014; 10: 4–12. / Chazova I.E., Zhernakova Iu.V., Oshchepkova E.V. i dr. Rasprostranennost' FR serdечно-sosudistykhzabolevaniy v rossiiskoi populiatsii bol'nykh arterial'noi gipertoniei. Kardiologiya. 2014; 10: 4–12. [in Russian]
- Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Итоги реализации Федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002–2012 гг. Вестн. Российской академии медицинских наук. 2013; 2: 4–11. / Chazova I.E., Oshchepkova E.V. Itogi realizatsii Federal'noi tselevoi programmy po profilaktike i lecheniiu arterial'noi gipertenzii v Rossiiv 2002–2012 gg. Vestn. Rossiiskoi Akademii meditsinskikh nauk. 2013; 2: 4–11. [in Russian]
- Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001; 2: 3–7. / Shal'nova S.A., Deev A.D., Vikhireva O.V. i dr. Rasprostranennost' arterial'noi gipertonii v Rossii: informirovannost', lechenie, kontrol'. Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorov'ya. 2001; 2: 3–7. [in Russian]
- Heart disease and Stroke statistics – 2016 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2016; 133.
- Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. JAMA 2003; 289: 2363–9.
- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertens 2009; 27: 963–75.
- Клинические рекомендации «Диагностика и лечение артериальной гипертензии». Рабочая группа по подготовке текста: Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Кардиологич. вестн. 2015; 1: 5–30. / Klinicheskie rekomendatsii «Diagnostika i lechenie arterial'noi gipertonii». Rabochaiа группа po podgotovke teksta: Chazova I.E., Oshchepkova E.V., Zhernakova Yu.V. Kardiologicheskii vestn. 2015; 1: 5–30. [in Russian]
- 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2013; 31 (7): 1281–357.
- Dovgalevskii P.Ya., Oshchepkova E.V., Gridnev V.I. Register arterial hypertension. Ther Arch 2007; 1: 46–8.
- Национальные рекомендации «Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению». Рабочая группа по подготовке текста: Смирнов А.В., Шилов Е.М. и др. Нefрология. 2012; 16 (1): 89–115. / Natsional'nye rekomendatsii «Khronicheskaiа bolezni' pochek: osnovnye printsipy skringinga, diagnostiki, profilaktiki i podkhody k lecheniiu». Rabochaiа группа po podgotovke teksta: Smirnov A.V., Shilov E.M. i dr. Nefrologiya. 2012; 16 (1): 89–115. [in Russian]
- Федеральная служба государственной статистики. <http://www.gks.ru/> / Federal'naia sluzhba gosudarstvennoi statistiki. <http://www.gks.ru/> [in Russian]
- US Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
- Brottons C, Bulc M, Sammut MR et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. The EUROPREVIEW patient study. Fam Pract 2012; 29 (Suppl. 1): i168–76.
- Gual A, Zarco J et al. Early screening and brief intervention in alcohol misuse to improve the treatment of hypertension in primary care. Med Clin (Barc) 2016; 146 (2): 81–5.
- Cláudia Rayanna Silva Mendes et al. Self-care comparison of hypertensive patients in primary and secondary health care services. Acta Paul Enferm 2015; 28 (6): 580–6.
- Lein S, Burke LE, Bray GA et al. On behalf of the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Circulation 2004; 110: 2952–67.
- Poirier P, Giles TD, Bray GA et al. On behalf of the American Heart Association; Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Circulation 2006; 113: 898–918.
- Tedrow UB, Conen D, Ridker PM et al. The long- and short-term impact of elevated body mass index on the risk of new atrial fibrillation the WHS (women's health study). J Am Coll Cardiol 2010; 55: 2319–27.
- Reiner Z, Catapano AL, de Backer G et al. ESC/EAS. Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011; 32: 1769–818.
- Henry RM, Kostense PJ, Bos G et al. Mild renal insufficiency is associated with increased cardiovascular mortality: the Hoorn Study. Kidney Int 2002; 62: 1402–7.
- Ощепкова Е.В., Долгушева Ю.А., Жернакова Ю.В. и др. Распространенность нарушения функции почек при артериальной гипертензии (по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РОФ). Системные гипертензии. 2015; 12 (3): 19–24. / Oshchepkova E.V., Dolgusheva Iu.A., Zhernakova Iu.V. i dr. Rasprostranennost' narusheniia funktsii pochek pri arterial'noi gipertonii (po dannym epidemiologicheskogo issledovaniia ESSE-RF). Systemic Hypertension. 2015; 12 (3): 19–24. [in Russian]
- Da Silva LS, Cotta RMM, Moreira TR et al. Hidden prevalence of chronic kidney disease in hypertensive patients: the strategic role of primary healthcare. J Public Health 2016; 140: 250–7.
- Cores J, Selvin E, Stevens LA et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. JAMA 2007; 298: 2038–47.
- Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. The effects of diabetes on the risk of major cardiovascular diseases and death in the Asia-Pacific region. Diabetes Care 2003; 26: 360–6.
- Kim M-J, Lim N-K, Park H-Y. Relationship between prehypertension and chronic kidney disease in middle-aged people in Korea: the Korean genome and epidemiology study. BMC Public Health 2012; 12: 960.
- Klag MJ, Whelton PK, Randall BL et al. End-stage renal disease in African-American and white men. 16-year MRFIT findings. JAMA 1997; 277 (16): 1293–8.
- Martinez MA, Sancho T. Prevalence of left ventricular hypertrophy in patients with mild hypertension in primary care: impact of echocardiography on cardiovascular risk stratification. Am J Hypertens 2003; 6 (Issue 7): 556–63.
- Saltykova MM, Oshchepkova EV, Ataulkhanova DM et al. Electro cardiographs diagnosis of hypertrophy of left ventricular myocardium in patients with hypertension. Therapeutic Archive. 2006; 78 (12): 40–5.
- Бойцов С.А., Калинина А.М. Диспансеризация взрослого населения как механизм выявления сердечно-сосудистых заболеваний и формирования диспансерного наблюдения. Вестн. Росздравнадзора. 2015; 5: 11–9. / Boitsov S.A., Kalinina A.M. Dispanserizatsiia vzroslogo naseleniia kak mekhanizm vyavleniia serdечно-sosudistykhzabolevaniy i formirovaniia dispansernogo nabludeniia. Vestn. Roszdravnadzora. 2015; 5: 11–9. [in Russian]
- Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Салтыкова Д.Ф., Терещенко С.Н. Первые результаты Российского Регистра ХСН. Кардиология. 2015; 55: 22–8. / Oshchepkova E.V., Lazareva N.V., Saltykova D.F., Tereshchenko S.N. Pervye rezul'taty Rossiiskogo Registra KhSN. Kardiologiya. 2015; 55: 22–8. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ощепкова Елена Владимировна – д-р мед. наук, проф., рук. отд. Регистров сердечно-сосудистых заболеваний ФГБУ «НИИЦ кардиологии»

Лазарева Наталия Витальевна – канд. мед. наук., ст. науч. сотр. отд. Регистров сердечно-сосудистых заболеваний ФГБУ «НИИЦ кардиологии».

E-mail: n.lazareva@list.ru

Чазова Ирина Евгеньевна – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., рук. отд. гипертензии, дир. ИКК им. А.Л.Мясникова, зам. ген. дир. по научной работе ФГБУ «НИИЦ кардиологии». E-mail: chazova@hotmail.com